Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Lehre von den epileptischen Verwirrtheitszuständen.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL

vorgelegt von

Ferdinand Lüders
aus Lübeck.

BERLIN
Verlag von R. Trenkel
1910.

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Lehre von den epileptischen Verwirrtheitszuständen.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL

vorgelegt von

Ferdinand Lüders
aus Lübeck.

BERLIN
Verlag von R. Trenkel
1910.

Nr. 25.
Rektoratsjahr 1910/11.

Referent: Siemerling.

Zum Druck genehmigt.
Siemerling, z. Zt. Dekan.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0110

Der Verlauf der Epilepsie kann jederzeit kompliziert werden durch das Auftreten psychischer Störungen, die entweder akut einsetzen und ablaufen oder von Anfang an einen chronischen Verlauf zeigen und dann meist allmählich zu der sogenannten epileptischen Demenz führen. Stets dürfen die psychischen Störungen nur dann als epileptische angesprochen werden, wenn die epileptische Grundlage durch den Nachweis epileptischer Krampfanfälle oder mehrerer epileptoider Zeichen sicher erwiesen ist; es gilt da der von Siemerling aufgestellte Lehrsatz: Ohne epileptische oder epileptoide Antecedentien gibt es keine epileptische Psychose; unter den epileptoiden Zeichen verstehen wir vor allem das „Petit mal“ und den sogenannten epileptischen Schwindel, ferner gehören dazu der Pavor nocturnus, das Bettnässen, unmotivierte Angstanfälle u. a.

Die akuten epileptischen Seelenstörungen sind keineswegs durch die epileptischen Anfälle ursächlich bedingt, sondern sind ebenso wie diese als direkter Ausfluß der bestehenden Gehirnerkrankung anzusehen, die einen dem Wesen nach noch unbekannten, in den meisten Fällen aber anscheinend progredienten Prozeß darstellt, der klinisch eben bald in Krämpfen, bald in psychischen Störungen in Erscheinung tritt; beide Erscheinungsformen laufen sozusagen gleichberechtigt nebeneinander her — nur selten setzen Krämpfe und Petit mal-Erscheinungen mit Eintritt einer epileptischen Psychose dauernd aus.

Während so zwischen den Krampfanfällen und den akuten epileptischen Seelenstörungen ein gesetzmäßiger ursächlicher Zusammenhang nicht besteht, kann ein solcher zwischen der chronischen epileptischen Seelenstörung und

den Krampfanfällen insofern nicht geleugnet werden, als sich im allgemeinen die psychischen Veränderungen, die sich hier wesentlich als Ausfallserscheinungen darstellen, desto stärker und früher zeigen, je häufiger und früher die Krampfanfälle auftreten; die Fälle von Epilepsie pflegen dagegen in der Regel erst spät oder garnicht zu einer Störung der intellektuellen Fähigkeiten auch im Verlauf von Jahrzehnten zu führen, bei denen die Krampfanfälle selten auftreten und das Petit mal so gut wie ganz fehlt, so daß das Gehirn immer wieder Zeit hat, sich ausgiebig von den Attacken zu erholen.

Hervorgehoben muß werden, daß Vorstehendes nur die Regel bildet und nicht etwa Gesetz ist; nicht immer hält die Ausbildung einer ethischen und intellektuellen Verblödung Schritt mit Zahl und Schwere der erlittenen Anfälle, so daß nicht wenige Epileptiker auch bei häufigen Anfällen zeitlebens geistig intakt bleiben und sogar erfolgreich im Beruf und im öffentlichen Leben tätig sind; andererseits kann auch bei Kranken, die nur leichte und seltene Anfälle erleiden, die Abnahme der Geisteskräfte besonders schnell und ausgesprochen eintreten.

Wir müssen daraus den Schluß ziehen, daß häufige und in frühem Alter einsetzende Krampfanfälle die Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit wohl zu beschleunigen vermögen, daß wir aber die primäre und Hauptursache — ebenso wie für die akuten epileptischen Psychosen — so auch hier bei der chronischen epileptischen Seelenstörung in der sogenannten „epileptischen Veränderung“ des Gehirns zu suchen haben.

Am meisten gefährdet, der „epileptischen Degeneration“ zu verfallen, sind nach Binswanger

1. die Kranken, bei denen die Erkrankung schon vor oder während der Pubertätszeit einsetzt;
2. die Kranken, die an serienweise auftretenden Anfällen leiden;
3. die Kranken, die von zahlreichen abortiven Anfällen heimgesucht werden.

Von großer Bedeutung ist auch das Maß der intellektuellen Veranlagung; je besser die geistige Veranlagung eines Epileptikers ist, desto größer ist — ceteris paribus — die Aussicht für ihn, vom geistigen Verfall verschont zu bleiben.

Die auf dem Boden der Epilepsie entstehende degenerative Veränderung des Charakters und der geistigen Individualität weist in der Regel gewisse Eigentümlichkeiten auf, unter denen besonders eine hochgradige Reizbarkeit, eine starke Neigung zu krankhafter Verstimmung und zu Affektausbrüchen und eine starke Abschwächung der ethischen und moralischen Gefühle zu nennen sind; oft tritt ein ausgesprochener Hang zur Frömmelei und religiösen Schwärmerei hinzu und steht dann zu dem krassen Egoismus, der Streitsucht und der Neigung zum Lügen in schroffem Widerspruch.

Allmählich geht die Fähigkeit, neue Eindrücke aufzunehmen, immer mehr verloren; war die Erinnerung zuerst nur für die jüngste Vergangenheit schlecht und für die Zeit vor Ausbruch der Erkrankung sogar auffallend gut erhalten, breitet sich die Vergeßlichkeit nun allmählich auch auf die weiter zurückliegende Vergangenheit aus, der Kranke wird immer stumpfer und apathischer und schließlich bildet völlige Verblödung den traurigen Endausgang der Krankheit.

Dieser chronischen epileptischen Seelenstörung stehen die akuten gegenüber, die wir einteilen können in präepileptische und postepileptische Psychosen und die sogenannten psychischen Äquivalente, wie man die transitorischen selbständigen ohne zeitlichen Zusammenhang mit einem Krampfanfall auftretenden Bewußtseinsstörungen bezeichnet.

Bevor wir uns mit den akuten eleptischen Phychosen etwas näher beschäftigen, sei noch kurz einer wichtigen Erscheinungsform der Epilepsie gedacht: des Petit mal.

Im allgemeinen faßt man unter diesem Begriff alle Zustände momentaner Bewußtseinstrübung zusammen, die ohne die Erscheinungen eines großen Krampfanfalles verlaufen.

In den meisten Fällen tritt das Petit mal auf unter dem Bilde des „epileptischen Schwindels“. Der Kranke unterbricht plötzlich seine Tätigkeit oder stockt in der Rede, starrt einen Augenblick ins Leere vor sich hin, kommt nach wenigen Sekunden wieder zu sich und fährt in seiner Beschäftigung oder Rede fort, als sei nichts geschehen; er hat keine Empfindung davon, daß etwas mit ihm vorgegangen ist.

Ist die Beschäftigung rein mechanischer Natur, kann sie auch während der Bewußtseinspause automatisch fortgesetzt werden, wenn auch den Bewegungen dann die gewohnte Kraft und Sicherheit zu fehlen pflegt. Oft suchen sich die Kranken — wie Ziehen annimmt, infolge eines quälenden Oppressionsgefühles — ihrer Kleidung zu entledigen; so zog ein schwerer Epileptiker, den ich mehrere Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte und der neben schweren Krampfanfällen in seinem Krankheitsbild auch die verschiedensten Erscheinungsformen des Petit mal bot, sich während eines solchen „Zufalles“ wiederholt seinen Rock aus und fand sich dann nach wenigen Augenblicken, wenn die Bewußtseinstrübung geschwunden war, zu seinem eigenen großen Erstaunen in Hemdsärmeln vor; überraschte diesen Kranken das Petit mal beim Gehen, pflegte es sich meist so zu äußern, das Patient entweder stockte und einige Augenblicke regungslos stehen blieb oder, ohne auf den Weg zu achten, taumelnd und schwankend geradeaus lief, ohne jedoch zu fallen; oft sprach er dabei unverständliche wirre Worte vor sich hin.

Die Dauer eines solchen Zustandes, der meist von ohnmachtsähnlichem Erblassen des Gesichtes und oft von geringen zuckenden Bewegungen besonders in der Gesichtsmuskulatur begleitet ist, beträgt meist nur wenige Sekunden. Häufig werden Schmatz- und Kaubewegungen ausgeführt, der Blick ist meist eigentümlich starr und in die Ferne gerichtet.

Während in typischen Fällen die Bewußtseinstrübung eine sehr tiefe, wenn auch nur sehr kurzdauernde ist und

motorische Symptome ganz fehlen oder wenigstens nur angedeutet sind, ist in anderen selteneren Fällen das Bewußtsein nur wenig getrübt und steht die motorische Komponente mehr im Vordergrund, z. B. in Form deutlicher Zuckungen im Gesicht und den Gliedmaßen oder motorischer Lähmung der Beine.

Je weniger tief im allgemeinen die Bewußtseinstrübung ist, um so besser pflegt nachher die Erinnerung zu sein.

Beim leichtesten Grade der Bewußtseinstrübung kommt es sogar nur zu einer vorübergehenden Verdunkelung des Gesichtsfeldes oder einer augenblicklichen Unfähigkeit, die Gedanken zu ordnen, so daß die Patienten ihrer Umgebung garnicht auffällig zu werden brauchen.

Dauern solche Zustände länger als eine halbe Minute und weisen sie komplizierteren Charakter auf, so rechnen wir sie im allgemeinen schon zu den psychischen Äquivalenten.

Nach Siemerling und Raecke teilen wir diese ebenso wie die prä- und postepileptischen Seelenstörungen ein in:

1. Affektstörungen (meist vom Charakter der traurigen Verstimmung),
2. Halluzinationen,
3. traumhafte Dämmerzustände,
4. paranoide Zustände und
5. Verwirrtheit (Stupor und Delirien).

Fast nie jedoch tritt die akute epileptische Psychose ganz rein unter dem Bilde einer dieser genannten Formen auf, sondern fast stets zeigen sich die mannigfachsten Kombinationen und Mischformen.

Sehr wichtig ist die erst neueren Untersuchungen, besonders den Beobachtungen Siemerlings zu verdankende Erkenntnis, daß ebenso wie bei den epileptischen Anfällen im weitesten Sinne nicht die motorische Komponente in Form der Muskelkrämpfe oder die nachfolgende Amnesie oder die Bewußtlosigkeit, sondern der Zustand des „veränderten Bewußtseins“ das ausschlaggebende charakteristische Symptom ist, so auch bei den transitorischen

epileptischen Seelenstörungen dieses „veränderte“ Bewußtsein das wesentliche und allen gemeinsame Moment ist; im einzelnen können dabei zahlreiche Übergänge von den schweren Verwirrtheitsformen zu den mehr traumhaften Bewußtseinstrübungen hinüberleiten, so daß „eine richtige Stufenleiter von Bewußtseinsstörungen“ resultiert, die von dem völligen Bewußtseinsverlust im klassischen Krampfanfall ausgehend unter Vermittlung der mehr oder minder starken Bewußtseinstrübung im Petit mal und den akuten epileptischen Psychosen hinüberführt zu der nur noch leichten Umwölkung des Sensoriums bei den bloßen Stimmungsschwankungen.

Erwähnt muß weiter werden, daß die transitorischen Psychosen durch einen äußeren Anlaß, z. B. Ärger, ausgelöst werden können; auch Alkoholgenuß wirkt oft begünstigend auf ihr Zustandekommen, zumal bei Epileptikern durchweg eine starke Intoleranz gegen Alkohol besteht.

Die präepileptischen Psychosen sind bis zu einem gewissen Grade nur als protrahierte Aura-Erscheinungen zu betrachten und werden im allgemeinen an Häufigkeit und Dauer übertroffen von den postepileptischen Seelenstörungen, die wir ihrerseits als Ausläufer des soporösen Nachstadiums eines Krampfanfalles ansehen können.

Während die protrahierten Aura-Symptome hauptsächlich in einer gesteigerten Reizbarkeit, heftigen Angstaffekten, kurz dauernden Denkhemmungen und wieder halluzinatorischen Erregungszuständen bestehen, treten die postepileptischen Psychosen und die psychischen Äquivalente meist in Form ausgeprägterer und länger dauernder Seelenstörungen auf.

So finden wir einfache Verstimmungen als Erscheinungsform der psychischen Äquivalente seltener; meist bestehen bei diesen gleichzeitig allerlei Sinnestäuschungen und Desorientiertheit, zuweilen deutliche Wahnbildung.

Isolierte Halluzinationen sind selten; ihr Auftreten zeigt meist eine bevorstehende Krampfattacke an.

Als andere, schon häufigere Erscheinungsform der

Aquivalente können wir die bei Epileptikern oft eintretende Erinnerungstäuschung ansehen, alles schon einmal erlebt zu haben; zu erwähnen ist auch die oft zu beobachtende Konfabulation, durch die Gedächtnislücken unbewußt ausgefüllt werden.

Erinnerungsstörungen können sich weiter so äußern, daß plötzlich die Worte fehlen oder das Gedächtnis versagt.

Hin und wieder tritt eine gewisse Trübung der Auffassung hinzu, scheint die eigene Stimme einen fremden Klang zu haben.

So verlor der von mir beobachtete, schon oben erwähnte Kranke einmal plötzlich das Bewußtsein der eigenen Persönlichkeit, erklärte unter großer Aufregung, er wisse nicht, wer er sei, er sei nicht mehr er selber, das Zeug, das er anhabe, gehöre nicht ihm usw.; nach wenigen Minuten war die richtige Orientierung wieder da.

Solche Zustände stellen eine direkte Überleitung dar zu den epileptischen Verwirrtheitszuständen und den traumhaften Dämmerzuständen, die auch ihrerseits wieder selten rein, sondern meist in Mischformen auftreten.

Gehen wir zuerst kurz auf die Verwirrtheitszustände ein, so zeigen sie ein sehr wechselndes Verhalten, indem deliriöse und stuporöse Phasen einander ablösen; die stuporösen Phasen äußern sich so, daß die Kranken völlig apathisch, in sich versunken, oft mit geschlossenen Augen daliegen, während somatisch spastische Gliederstarre, Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe und starke Muskelerregbarkeit besteht.

Die deliriösen Zustände charakterisiert Binswanger etwa folgendermaßen: Die Kranken sind dauernd in heftigster motorischer Erregung, die sich durch Ideenflucht und Geschwätzigkeit auszeichnet. Massenhafte Sinnestäuschungen, vor allem Visionen und Illusionen, beherrschen den Patienten und bestimmen sein äußeres Verhalten. Die Kranken sind meist völlig unorientiert d. h. infolge der hochgradigen Inkohärenz des Gedankenablaufes unfähig, Gegenstände und Personen der Umgebung zu erkennen. Sie

führen ein Traumleben, das durch Halluzinationen und Illusionen beherrscht wird. Inhaltlich herrschen bald ängstlich schreckhafte, bald religiös-ekstatische, erhabene und heitere Delirien vor".

Kommt es in einem epileptischen Delirium infolge der schweren Verworrenheit und der massenhaften Sinnestäuschungen zu triebartigem bedrohlichen Handeln, bezeichnen wir den Zustand als transitorische Tobsucht.

Wichtig ist, daß bei allen Verwirrtheitszuständen Remissionen auftreten können mit anscheinend geordnetem Verhalten, in welchen die Kranken ihre Umgebung erkennen, richtige Antworten geben, in denen aber trotzdem, wie aus plötzlichen sinnlosen Handlungen hervorgeht, eine schwere Bewußtseinstrübung weiterbesteht.

Gewinnen die Wahnvorstellungen, die meist den Charakter von Beeinträchtigungsideen oder religiösen Größenideen haben, einen überwiegenden Einfluß auf das Handeln der Kranken, sprechen wir von paranoiden Zuständen.

Typisch ist für diese das oft ausgesprochene Krankheitsgefühl; die Kranken fühlen sich wirr im Kopf, warnen die Umgebung vor sich, glauben unter dem Einfluß einer höheren Macht zu stehen.

Schließlich sei der traumhaften Dämmerzustände gedacht, von denen wir in engerem Sinn erst dann sprechen, wenn Affektstörungen, Verwirrtheit und paranoide Zustände zurücktreten und im Vordergrund die reine Bewußtseinsstörung steht; trotz des meist schwer getrübten Sensoriums können die Kranken äußerlich einen ganz geordneten Eindruck machen und können auch ihre Handlungen zweckmäßig und überlegt erscheinen.

Einem genauen Beobachter fällt allerdings auch bei solchen äußerlich in ihrem ganzen Verhalten für einen Laien gar nichts Auffälliges darbietenden Kranken meist die eine oder andere Sonderbarkeit im Wesen, Tun und Reden auf, wenn auch zugegeben werden muß, daß die äußeren Anzeichen oft in gar keinem Verhältnis zu der Schwere des Zustandes stehen.

In anderen Fällen erregen die Kranken im Dämmerzustand auch die Aufmerksamkeit der Laien durch ihr bald stuporöses, bald aufgeregtes verwirrtes, bald traumverlorenes Wesen.

Gelegentlich können in solchen Dämmerzuständen plötzlich heftige Impulse auftauchen, die nun, wo sie den gewohnten Hemmungen nicht mehr begegnen, die Kranken wie ein willenloses Werkzeug zur Ausführung von brutalen Gewaltakten veranlassen können

Die Dauer des Dämmerzustandes läßt sich nie auch nur mit einiger Gewißheit voraussagen, da uns keine Symptome bekannt sind, die sein bevorstehendes Ende anzeigen.

Die Rückkehr zur Norm erfolgt meist plötzlich; der Kranke „erwacht" und findet sich erstaunt in einer ihm ganz unerwarteten Situation.

Betont sei noch einmal, daß — wie besonders Siemerling gezeigt hat — auch in schweren Dämmerzuständen von Bewußtlosigkeit nie die Rede sein kann, sondern lediglich die Intensität des Bewußtseins mehr oder weniger stark herabgesetzt ist.

Nach Westphal handelt es sich bei den Dämmerzuständen um derartig tiefe Bewußtseinsstörungen, daß „der Ideenkreis, in dem der Betreffende sich bewegt, von dem normalen Ideenkreis völlig losgelöst erscheint und Handlungen die Folge sind, die dem gewöhnlichen Inhalt seines Denkens vollkommen fremdartig sind. Es ist dabei die Fähigkeit zu zusammenhängenden und bis zu einem gewissen Grad unter sich folgerichtigen Handlungen keineswegs aufgehoben. Es ist gleichsam ein neues, für eine gewisse Zeit bestehendes Bewußtsein, ein Traumhandeln".

Diagnostisch ist — um die wichtigsten Symptome des Dämmerzustandes kurz zusammenzufassen — charakteristisch das oft jähe Eintreten und später das rasche Verschwinden der psychischen Störung, der traumhaft veränderte Bewußtseinszustand und der dadurch bedingte mehr oder weniger deutliche spätere Erinnerungsdefekt, die Ähnlichkeit der einzelnen Anfälle, das schnelle Nebeneinander von

einfachen unauffälligen und von befremdlichen, oft gewalttätigen Handlungen während des Dämmerzustandes.

Die frühere Annahme, daß diese psychischen Störungen immer mit totaler Erinnerungslosigkeit einhergehen, besteht nicht zu Recht; die Ansicht einzelner Autoren allerdings, daß in seltenen Fällen die Amnesie sogar ganz fehlen kann, wird ziemlich allgemein bekämpft, da genaue objektive Untersuchungen noch immer das Vorhandensein von Erinnerungsdefekten ergeben haben.

Meist ist die Erinnerung eine lückenhafte „insuläre", indem einzelne Tatsachen und Erlebnisse noch haften geblieben sind, wobei bemerkenswerterweise belanglose Momente mit Vorliebe im Gedächtnis sitzen geblieben sind und wichtige Geschehnisse, z. B. verübte Gewalthandlungen, meist ganz aus dem Gedächtnis ausgelöscht sind.

Erinnert der Epileptiker sich ausnahmsweise an von ihm begangene Gewalttaten oder faßt er sich — wie Féré sagt — sozusagen selbst in flagranti ab, indem er mit dem Instrument seiner Tat in der Hand zu sich kommt, so ist charakteristisch, daß er meist keine Entschuldigung für sein Tun sucht und auch keine Reue empfindet. Er scheint sich seinem Schicksal zu unterwerfen.

Beginn und Ende des Zeitraums, für den die Erinnerung ganz ausgelöscht oder nur partiell geblieben ist, sind meist scharf abgeschnitten.

Von Wichtigkeit ist auch, daß die Erinnerung an Vorgänge während des Anfalles bei Beginn der Aufhellung noch vorhanden sein kann, um nach völligem Ablauf der Psychose total verloren zu gehen.

Schließlich kann die Amnesie auch retrograd sein d. h. sich nicht nur auf den Anfall, sondern auch rückläufig über eine mehr oder weniger lange Zeitperiode vor Ausbruch der psychischen Störung erstrecken.

Nun sei es gestattet, zur Illustration vorstehender Ausführungen über zwei in der Psychiatrischen Klinik der Universität Kiel beobachtete Fälle zu berichten.

In dem ersten Fall handelt es sich um einen 42jährigen

Patienten E. K., aus dessen Anamnese wir folgende für uns wichtige Angaben mitteilen:

Der Vater des Patienten hat angeblich an Krämpfen gelitten. Patient soll als Kind fast stets krank gewesen sein, auf der Schule aber leicht gelernt haben. Seit vier bis fünf Jahren treten „Anfälle“ und „Krämpfe“ auf, letzte in der Form, daß Patient plötzlich aufschreit, das Bewußtsein verliert und umfällt, Zuckungen bekommt und dabei blau im Gesicht wird, fast stets kommt es dabei zum Zungenbiß und Einnässen; im Anschluß an die Krämpfe stellt sich ein tiefer Schlaf ein. Die Krämpfe sind zuerst alle Vierteljahr, in letzter Zeit alle paar Wochen aufgetreten.

Die „Anfälle“ werden von der Frau des Patienten etwa so geschildert:

Patient verdreht plötzlich die Augen, knirscht mit den Zähnen, ist bewußtlos, fällt aber nicht um und bekommt keine Zuckungen; auch Zungenbiß und Einnässen erfolgt nicht. Die Dauer dieser Anfälle beträgt 2—3 Minuten; sie treten oft 2—3 mal am Tage auf. Nach den Anfällen tritt kein Schlaf ein, sondern ist Patient etwa zehn Minuten lang verwirrt und schwer besinnlich.

Vor drei Wochen — berichtet die Frau weiter — sei Patient auf der Straße umgefallen und habe sich dabei an seinem Schirm verletzt; zum Verband in die chirurgische Klinik gebracht, habe er dort einen Krampfanfall bekommen.

Schließlich erzählt die Frau noch, daß sein Gedächtnis in der letzten Zeit sehr abgenommen habe und er auch leicht aufgeregt und sehr reizbar sei.

Am 28. Oktober 1909 wird Patient in die Nervenklinik gebracht. Die Untersuchung dort ergibt:

Schädel nicht druck- und klopfempfindlich. Pupillen sehr different, die linke Pupille verzogen, Licht- und Konvergenzreaktion beiderseits gut, Augenbewegungen frei.

Facialis symmetrisch.

Zunge gerade, zittert nicht, stark belegt. Am rechten Zungenrand Verdickung und Einkerbung.

Sprache etwas undeutlich.

Sehnenreflexe lebhaft. Ganz langsam, etwas breitbeinig, aber sicher.

Berührungs- und Schmerzempfindung gut.

Puls 64, ungleichmäßig in Füllung und Spannung, unregelmäßig.

Patient macht einen etwas schwerbesinnlichen Eindruck, ist aber im übrigen klar und geordnet.

Als Ursache der Krämpfe sieht Patient einen starken Schreck an, den er vor fünf Jahren bekommen hat. Potus und Infektion wird negiert.

Bei einem Verbandwechsel am 19. November beginnt Patient, auf dem Stuhl sitzend, plötzlich zu schmatzen und tief Luft zu holen. Als er ins Bett gebracht werden soll, sträubt er sich sinnlos dagegen, starrt mit leerem ausdruckslosen Blick vor sich hin, macht einzelne mechanische Bewegungen mit den Armen und nestelt automatisch an seiner Kleidung herum; auf Fragen antwortet er nicht, Aufforderungen befolgt er nicht, er nimmt überhaupt keine Notiz von der Umgebung; erst auf wiederholten Anruf blickt er auf und sieht sich um, um dann sofort wieder in sich zu versinken, er scheint wie geistesabwesend.

Schließlich achtet er auf Anruf, murmelt unverständliche Worte vor sich hin, greift nach einem auf dem Tisch stehenden Becher, setzt ihn aber, ohne zu trinken, wieder hin und sitzt dann wieder teilnahmlos da.

Die Lichtreaktion ist sehr träge, kaum merkbar, nach kurzer Zeit erheblich besser.

Auf die Frage, wo er sei, antwortet er; „im Bett". In welchem Haus er ist, weiß er nicht zu sagen.

Am 26. Dezember tritt wieder ein epileptischer Verwirrtheitsanfall auf; Patient reißt seinen Verband ab, läuft erregt im Zimmer umher; nachher vollkommene Amnesie.

Im allgemeinen zeigt Patient während des Aufenthaltes in der Klinik ein reizbares, wenig verträgliches Wesen, für die andern Patienten zeigt er kein Interesse.

Wenden wir uns kurz zur Beurteilung des Falles, so haben wir es offenbar mit einem schon in einem vorge-

schrittenen Stadium der Erkrankung sich befindlichen Epileptiker zu tun.

Wüßten wir nur von dem vor drei Wochen auf der Straße erfolgten „Anfall", könnten wir die Diagnose der Epilepsie noch nicht mit Sicherheit stellen, da auch eine einfache Ohnmacht oder ein apoplektiformer Anfall vorgelegen haben kann; sicher bewiesen wird in unserm Fall das Vorliegen einer Epilepsie erst dadurch, daß kurz nach der Überführung des Patienten in die chirurgische Klinik dort ein typischer epileptischer Krampfanfall beobachtet wird, ferner durch die in der Anamnese des Kranken geschilderten „Anfälle" und „Krämpfe", die typische Petit mal-Erscheinungen und typische epileptische Krampfparoxysmen darstellen.

Der fast bei jedem Krampfanfall erfolgte Zungenbiß, das häufige Einnässen, die cyanotische Verfärbung des Gesichts, der völlige Bewußtseinsverlust mit nachfolgender totaler Amnesie gestatten es, die Möglichkeit, es könnte sich etwa um hysterische Krämpfe gehandelt haben, mit Sicherheit auszuschließen.

Den auf der Straße aufgetretenen „Anfall" fassen wir am besten als einen präepileptischen Verwirrtheitszustand auf, da in der Klinik kurz darauf ein typischer Krampfanfall eintritt.

Die später während des Aufenthaltes in der Nervenklinik beobachteten — oben näher beschriebenen — Zustände stellen wohl sogenannte psychische Äquivalente dar, die hier in Form sehr akut akut ablaufender Dämmer- und Verwirrtheitszustände mit besonderem Hervortreten stuporöser Phasen in Erscheinung treten.

Die Prognose ist durchaus ungünstig zu stellen. Die Psyche hat bereits schwer gelitten; nicht nur die anamnestische Angabe, daß das Gedächtnis in der letzten Zeit stark abgenommen hat und dafür eine hochgradige Reizbarkeit sich ausgebildet hat, sondern auch das Verhalten in der Nervenklinik, wo Patient apathisch und stumpf ohne Interesse für die Umgebung dahinlebt, zeigt uns an, daß

schon deutliche Symptome der „epileptischen Degeneration" vorhanden sind und der völlige geistige Verfall nicht mehr allzu fern ist.

Daß die epileptische Degeneration trotz der erst 4 bis 5 Jahr bestehenden Krankheit schon so deutlich ausgeprägt ist, wird seinen Grund zur Hauptsache darin haben, daß die Petit mal Anfälle so sehr häufig — 2—3 mal am Tag — aufgetreten sind, auch von akuten Seelenstörungen scheint Patient häufig heimgesucht zu werden.

Bei dem zweiten Fall handelt es sich um einen 23jährigen Matrosen H. Schm., der am 25. Dezember 1909 abends um 10 Uhr einen tätlichen Angriff gegen einen Vorgesetzten verübte und später erklärte, keine Erinnerung an den Vorfall zu haben; da er angab an Krämpfen zu leiden, wurde er am 31. Januar 1910 der Psychiatrischen Klinik zur Beobachtung überwiesen.

Aus der Anamnese entnehmen wir folgende für uns wichtige Angaben:

Nach Aussage der Eltern hat Patient mit 4 Jahren Typhus durchgemacht mit anschliessender Gehirnhautentzündung; seit dieser Zeit habe er fortwährend über Kopfschmerzen geklagt, die häufig mit einer Trübung des Bewußtseins und nachfolgenden Gedächtnisdefekten verbunden gewesen seien.

Mit 17 Jahren sei er mit hochrotem Kopf und heftigen Kopfschmerzen nach Haus gekommen, dann plötzlich bewußtlos umgefallen und erst am nächsten Tag wieder zu sich gekommen. Bier habe er stets sehr schlecht vertragen; schon nach wenigen Glas Bier sei er wirr im Kopf erschienen und am nächsten Morgen nur mit Gewalt zum Erwachen und zum Aufstehen zu bringen gewesen.

Der Großvater väterlicherseits und der Bruder der Großmutter mütterlicherseits seien gemütskrank gewesen.

In der Schule will der Lehrer einmal einen ganz eigenartigen Erregungszustand bemerkt haben.

Auch die Mutter des Patienten soll nach Angabe des

Vaters an Starrkrämpfen leiden, eins seiner Geschwister ist an Krämpfen gestorben.

Im Oktober 1907 ist Patient bei der Marine eingetreten. Während des ersten Dienstjahres ist er wiederholt bestraft worden, darunter 4mal wegen unerlaubter Entfernung resp. Urlaubsüberschreitung; im Jahr 1909 ist seine Dienstführung besser gewesen. — Im August 1908 wurde er bewußtlos im Schiffsraum gefunden und ins Lazarett gebracht.

Am Morgen hatte er beim Abfüllen von Kognak geholfen, angeblich aber nur 2 Glas Bier bekommen.

Die Atmungsluft roch bei seiner Aufnahme nicht nach Alkohol, sondern eigentümlich aromatisch; die Pupillenreflexe fehlten, ebenso sämtliche Haut- und Sehnenreflexe, die Temperatur war etwas erhöht.

Auch am nächsten Tag reagierte Patient noch wenig auf Anrufen.

Am 25. Dezember 1909 abends sollte er als Posten das Fallreep aufziehen. Als er mit großer Mühe geweckt war, machte er auf den Vorgesetzten einen „betrunkenen", auf andre einen verstörten und müden Eindruck; es wurde daher ein andrer zum Fallreep-Aufziehen beordert. Als Patient das hörte, wurde er sehr aufgeregt, fuchtelte mit den Armen in der Luft herum, stieß Drohungen gegen den Vorgesetzten aus und schlug ihn schließlich mit der Faust auf die Brust. Tobend und schimpfend wurde er gefesselt und in Arrest gebracht.

Am nächsten Morgen wollte er von der ganzen Sache nichts wissen.

Ein Kamerad gab an, zwei Stunden vor der Straftat habe er ihn vollständig steif und besinnungslos an Deck liegen sehen.

Nach Aussage anderer Kameraden soll Patient nicht nur im Lauf des verhängnisvollen Tages, sondern auch früher wiederholt vor sich hin gesprochen, beim Gehen getorkelt und oft Handlungen begangen haben, die auf Geistesabwesenheit hätten schließen lassen.

Auch als ziemlich starker Trinker wird er von vielen

bezeichnet, obwohl er selbst jeden stärkeren Alkoholgenuß in Abrede stellt.

Die Untersuchung in der Psychiatrischen Klinik ergibt:

Patient ist von mittlerem Knochenbau. Auf dem Hinterkopf eine kleine, nicht schmerzhafte Narbe, auf dem Vorderkopf eine 2 cm lange Narbe.

Pupillen übermittelweit, nicht ganz rund, verengern sich gut bei Belichtung und Einwärtssehen.

Augenbewegungen frei.

Sprache nicht gestört. Zunge gerade, zittert wenig.

Patellar- und Achillesreflex etwas lebhaft.

Gang sicher. Kein Romberg.

Sensibilität nicht gestört.

Puls 72, regelmäßig.

Urin klar, kein Eiweiß.

Patient benimmt sich in der Klinik ruhig und geordnet.

Er gibt an, er solle am Weihnachtstag seinen Vorgesetzten geschlagen haben; ob das richtig sei, wisse er nicht.

Er habe vorher 4—5 Glas Bier getrunken gehabt, den Tag vorher 10 Glas Bier. Er vertrage Bier zwar schlecht, sei aber nicht betrunken gewesen.

Er leide viel an Kopfschmerzen; am 2. Weihnachtstage seien diese besonders stark gewesen.

Auch sei er an diesem Tage ärgerlich gestimmt gewesen, weil er keinen Heimatsurlaub bekommen habe; auch darüber sei er noch erregt gewesen, daß er morgens beim Rapport vom 1. Offizier wegen Urlaubsüberschreitung zur Rede gestellt worden sei und 10 Tage strengen Arrest bekommen habe.

Bis 4 Uhr nachmittags habe er an Deck gesessen und Karten geschrieben. Von da an wisse er nichts mehr.

Am nächsten Morgen habe er sich mit furchtbaren Kopfschmerzen im Arrest wiedergefunden, dann habe ihm der Posten das Vorgefallene erzählt; ferner habe man ihm berichtet, daß er von 4—8 Uhr des Nachmittags bewußtlos gelegen habe, um 8 Uhr habe man ihn in die Hängematte gebracht, um 10 Uhr sei er zum Posten-Stehen geweckt

worden; er habe die Tat in unzurechnungsfähigem Zustand begangen.

Das Verhalten des Patienten in der Klinik ist dauernd ruhig und bescheiden.

Berücksichtigen wir bei der Beurteilung des Falles die anamnestischen Angaben und das Verhalten des Patienten vor und während der Straftat, so wird es uns in hohem Grade wahrscheinlich, daß er die Gewalttat in einem — wahrscheinlich durch Alkoholgenuß ausgelösten — sogenannten epileptischen Dämmer- oder Verwirrtheitszustand begangen hat.

Die epileptische Grundlage dürfte durch die Anamnese ziemlich sicher erwiesen sein.

Patient ist erblich schwer belastet, sowohl vom Vater wie von der Mutter her.

Im vierten Lebensjahr hat er Typhus durchgemacht mit anschließender Meningitis, an die sich erfahrungsgemäß eine Epilepsie gern anschließt, zumal wenn es sich — wie hier — um einen Patienten handelt, dessen Gehirn den Keim zur epileptischen Erkrankung schon in sich getragen haben wird.

Bei den von den Eltern im 17. Lebensjahre und auch sonst beobachteten „Anfällen" könnte auch Hysterie differentialdiagnostisch in Frage kommen; die Angabe, daß Patient viel an Kopfschmerzen gelitten hat und immer eine auffallende Intoleranz gegen Alkohol gezeigt hat, läßt sich ebenso sowohl mit der Diagnose einer Epilepsie wie mit der einer Hysterie in Einklang bringen.

Jedenfalls aber steht soviel fest, daß schon in der Jugend stark auf Epilepsie verdächtige Erregungszustände — wie der in der Schule beobachtete Wutanfall — und Krampfanfälle vorgelegen haben.

Auch während der Dienstzeit scheinen sich wiederholt solche Anfälle eingestellt zu haben; da bei diesen Anfällen — wie durch ärztliche Untersuchung festgestellt wurde — das Bewußtsein völlig erloschen war, da die Reflexe völlig fehlten und auch Pupillenstarre bestand, können wir, zumal

die Atemluft nicht nach Alkohol, sondern obstartig roch, die Zustände nicht als einfache Rauschzustände ansehen — trotz des jedesmal vorausgegangenen Alkoholgenusses —, sondern sind viel eher zu der Annahme berechtigt, daß es sich bei einem solchen Zustand um das soporöse Nachstadium eines epileptischen Krampfanfalles gehandelt hat.

Gerade zur Illustration der außerordentlichen Intoleranz der Epileptiker gegen Alkohol ist unser Fall sehr geeignet, selbst ein mäßiger Alkoholgenuß scheint bei unserm Patienten sehr leicht epileptische „Zufälle“ auslösen zu können, die entweder in Form schwerer Krampfattacken oder in Gestalt weitgehender Bewußtseinsstörungen auftreten.

Weitere Stütze findet unsere Diagnose der Epilepsie in den Angaben der Kameraden des Patienten, er habe oft eigentümlich vor sich hin gemurmelt, getorkelt und Handlungen begangen, die auf Geistesabwesenheit hätten schließen lassen. Es könnte sich dabei um jene gewöhnlich als Petit mal bezeichneten Zustände gehandelt haben.

Gehen wir kurz auf die Straftat selbst ein, so hat Patient sie wahrscheinlich in einer sogenannten postepileptischen Seelenstörung begangen; zwar erfahren wir nichts Sicheres von einem vorausgegangenen Krampfanfall, aber der Umstand, daß Patient einige Stunden vor dem Vorfall von Kameraden bewußtlos am Boden liegend gefunden wird, legt den Verdacht sehr nahe, daß Patient im Laufe des Nachmittags einen Krampfanfall gehabt hat und sich zur Zeit, als er geweckt wird, noch im soporösen Nachstadium befindet; daher macht es so große Schwierigkeiten, ihn wach zu bekommen, daher macht er, endlich zu sich gebracht, auf die Umstehenden einen betrunkenen und verstörten Eindruck.

Ausgelöst ist der Krampfanfall oder — falls ein solcher doch nicht vorgelegen hat — das psychische Äquivalent wohl auch dieses Mal wieder durch den voraufgegangenen Alkoholgenuß; auch der Ärger über den nicht erhaltenen Urlaub und die Erregung über die am Morgen des Tages beim Rapport vom Vorgesetzten erhaltene Arreststrafe wird als auslösende Ursache mitgewirkt haben.

Ob die Seelenstörung als Dämmer- oder Verwirrtheitszustand anzusprechen ist, läßt sich kaum entscheiden, da — wie fast stets fließende Übergänge zwischen beiden bestehen — so auch hier die Seelenstörung weder als reiner Dämmer- noch als reiner Verwirrtheitszustand imponiert.

Zuerst ist Patient ganz ruhig und im Verhalten — bis auf ein gewisses traumhaftes Wesen — ziemlich geordnet, er wird erst erregt, als er hört, daß ein anderer an seiner Stelle die ihm zukommenden Obliegenheiten erfüllen soll, greift schließlich in steigender Erregung seinen Vorgesetzten an und wird wild um sich schlagend gefesselt.

Gerade dieser auffallende Wechsel zwischen Ruhe und Erregung kommt vor sowohl bei Dämmerzuständen, wo das das Krankheitsbild meist beherrschende, äußerlich geordnete und ruhige Verhalten jederzeit durch plötzliche impulsive Erregungen und gewalttätige Handlungen unterbrochen werden kann, als auch bei den eigentlichen Verwirrtheitszuständen, wo — umgekehrt — das im Vordergrund stehende deliriöse oder stuporöse und so auch den Laien sehr auffällige Verhalten abwechseln kann mit Remissionen, wo die Patienten ruhig sind und sich geordnet bewegen.

Jedenfalls aber ist Patient bei Begehung der Tat nicht zurechnungsfähig gewesen und kann so nicht zur Verantwortung gezogen werden, woraus die große Bedeutung einer genauen Kenntnis der epileptischen Verwirrtheitszustände auch in forensischer Beziehung erhellt.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professer Dr. Siemerling für die gütige Überlassung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.

Binswanger: Die Epilepsie.

Féré: Die Epilepsie.

Raecke: Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker, Habilitationsschrift, Halle 1903.

Schmidtmann: Handbuch der gerichtlichen Medizin, Band III.

Siemerling: Epileptische Psychosen und ihre Behandlung. Berliner Klin. Wochenschrift, 46. Jahrg.

Siemerling: Zur Lehre von den epileptischen Bewußtseinsstörungen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 42, Nr. 25.

Vita.

Ich, Ferdinand Lüders, evangelischer Konfession, wurde am 20. Mai 1886 zu Lübeck als Sohn des Kaufmanns Ferdinand Lüders geboren. Ich besuchte das Gymnasium meiner Vaterstadt und bestand Ostern 1905 die Reifeprüfung. Zum Studium der Medizin besuchte ich zunächst die Universitäten Greifswald und Marburg, wo ich im Juli 1907 die ärztliche Vorprüfung ablegte; im ersten Semester genügte ich in Greifswald meiner Dienstpflicht als Einjährig-Freiwilliger. Nach dem Physikum setzte ich meine Studien in Leipzig, München und Kiel fort, wo ich im Mai 1910 das medizinische Staatsexamen bestand.

C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.